

- tients : Review of Diagnosis and Treatment. Curr Oncol Rep. 2008; 10:78-85.
5. Loblaw DA, Laperriere NJ, Mackillop WJ. A Population-based Study of Malignant Spinal Cord Compression in Ontario. J Clin Oncol. 2003;15:211-7.
6. Grommes C, Bosl GJ, DeAngelis LM. Treatment of epidural spinal cord involvement from germ cell tumors with chemotherapy. Cancer. 2011;117:1911-6.
7. Husband DJ. Malignant spinal cord compression: prospective study of delays in referral and treatment. BMJ. 1998;317:18-21.
8. Mak KS, Lee LK, Mak RH, Wang S, Pile-Spellman J, Abraham JL, et al. Incidence and Treatment Patterns in Hospitalizations for Malignant Spinal Cord Compression in the United States, 1998-2006. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011;80:824-31.
9. IGCCC G. International Germ Cell Consensus Classification: a prognostic factor - based staging system for metastatic germ cell cancers. J Clin Oncol. 1997;15:594-603.
10. Ryan C, Small E, Torti F. Testicular Cancer. In: Abeloff M, Armitage J, Niederhuber J, Kastan M, McKenna W, editors. Abeloff's Clinical Oncology. 4th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2008. p.1713-44.
11. Loehrer P, Jayaram N, Dash A, Buyyounouski M, Skarecky D. Testicular Cancer. In: Pazdur R, Wagman L, Camphausen K, Hoskins W, editors. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. Norwalk: CMP Medica; 2009. p.397-420.

Um Caso de Sucesso no Tratamento Concomitante de Rotura de Aneurisma Intracraniano e Aneurisma Visceral

A Case of Successful Treatment of Concomitant Ruptured Intracranial Aneurysm and Visceral Aneurysm

Cláudia DIOGO, José BALTAZAR, Mário FERNANDES
Acta Med Port 2012 Nov-Dec;25(6):465-467



RESUMO

A associação entre aneurismas intracranianos e viscerais é extremamente rara, com mau prognóstico. A situação de rotura surge habitualmente no contexto de urgência e implica um tratamento imediato.

Relata-se o caso de uma doente com rotura de aneurisma da artéria comunicante anterior e da artéria pancreaticoduodenal anterior. A actuação concertada das várias especialidades permitiu a abordagem cirúrgica dirigida ao aneurisma visceral, sem o agravamento da hemorragia cerebral que a eventual clampagem da Artéria Aorta poderia provocar. A manutenção da estabilidade hemodinâmica foi essencial para a posterior realização de embolização do aneurisma intracraniano.

ABSTRACT

The association between intracranial and visceral aneurysms is very rare, with a bad prognosis. The rupture usually appears in the Emergency Room, and it implies an immediate treatment.

We describe the case of a woman with rupture of an anterior communicating artery aneurysm and rupture of a pancreaticoduodenal artery aneurysm. The actuation of all specialties allowed the direct surgical treatment of the visceral aneurysm, without the aggravation of the cerebral hemorrhage that the eventual Aorta Artery clamping could provoke. The maintenance of the hemodynamic stability was essential for the posterior treatment of the intracranial aneurysm.

INTRODUÇÃO

Os aneurismas viscerais são raros. A sua associação com aneurismas intracranianos está descrita em três casos na literatura, num período de vinte anos.¹

A rotura de aneurisma visceral, concomitantemente com rotura de aneurisma intracraniano apresenta um prognóstico reservado.

São situações que surgem sobretudo no contexto de urgência, com necessidade de tratamento imediato, com avaliação por uma equipa multidisciplinar, onde se inclui a Cirurgia Geral, a Neurologia, a Neurorradiologia e a Radiologia de intervenção.

CASO CLÍNICO

Relata-se o caso de uma doente de sessenta e oito anos, com Hipertensão Arterial não controlada e Dislipidémia, admitida no Serviço de Urgência por cefaleia de in-

cio súbito, com cerca de vinte e quatro horas de evolução, acompanhada de episódio de lipotímia.

Realizou TAC craniana que revelou hemorragia subaracnoideia difusa e hematoma intraventricular por rotura de aneurisma da artéria comunicante anterior, tendo indicação para embolização.

Durante o internamento no Serviço de Urgência iniciou quadro de hipotensão marcada, coincidente com aparecimento de cólica abdominal localizada nos quadrantes esquerdos. Perante a instabilidade hemodinâmica iniciou so-roterapia e expansores de plasma, com estabilização dos parâmetros vitais.

Realizou TAC abdominal que diagnosticou hematoma retroperitoneal na raiz do mesentério, secundário a rotura de aneurisma ao nível da artéria pancreaticoduodenal anterior (Fig. 1).

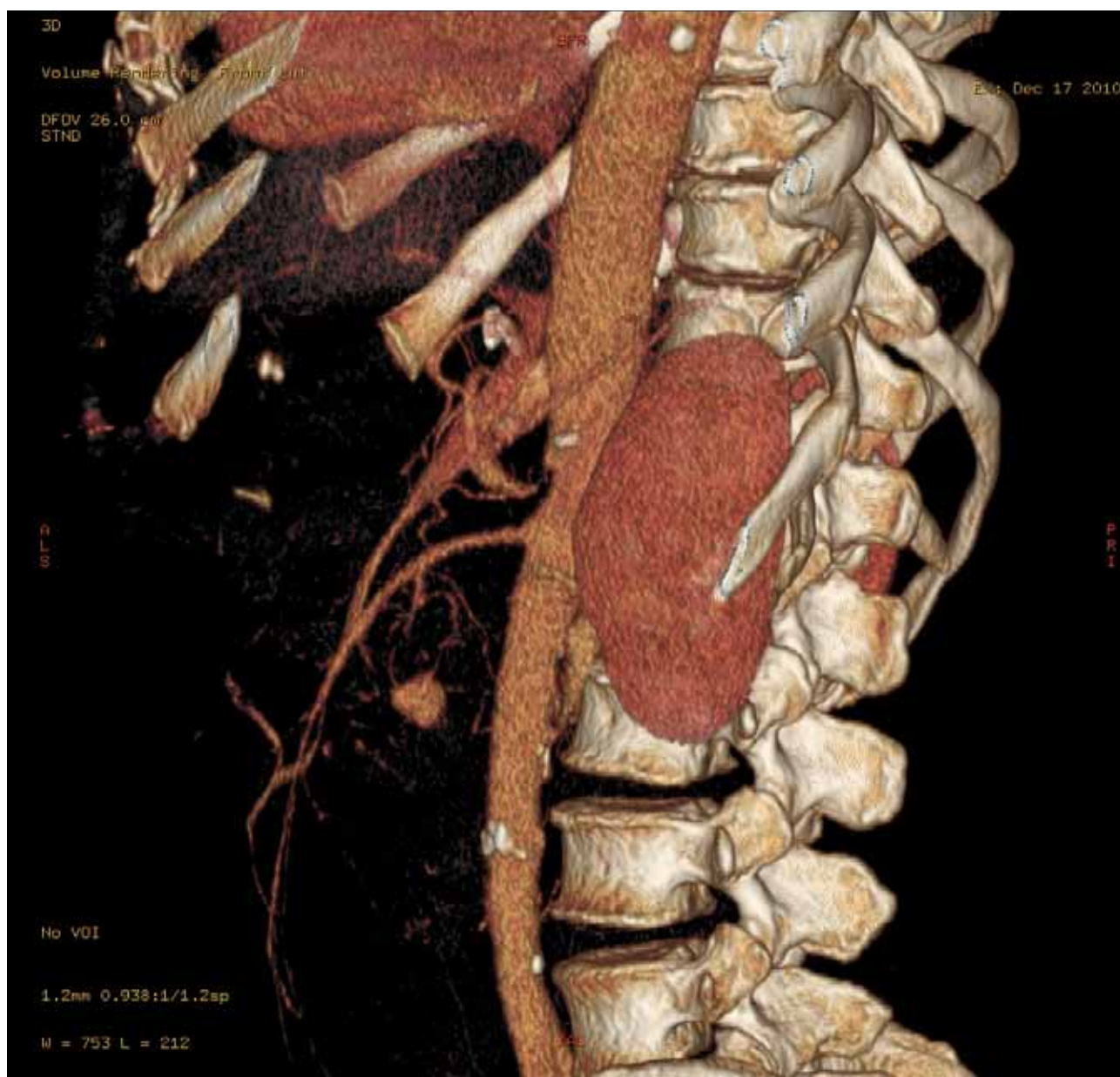


Fig. 1 – Imagem TAC – reconstrução 3D rotura de aneurisma da artéria pancreaticoduodenal anterior

Por manutenção do choque hemorrágico foi submetida a cirurgia, verificando-se extenso hematoma retroperitoneal com rotura para a cavidade abdominal. Devido ao correcto mapeamento imageológico, que permitiu a identificação exacta do local da hemorragia, procedeu-se à mobilização do quadro duodenal, isolamento da arcada pancreaticoduodenal e laqueação da artéria pancreaticoduodenal anterior. Durante a cirurgia a doente manteve estabilidade hemodinâmica.

No pós-operatório imediato realizou embolização do aneurisma intracraniano com espiras.

Teve alta ao vigésimo dia de pós-operatório, clinicamente estável. Iniciou terapêutica em ambulatório com antiagregação plaquetária dupla, candesartan 16 mg, hidroclorotiazida 12,5 mg e rosuvastatina para controlo dos factores de risco subjacentes.

Realizou angiografia cerebral seis meses após embolização, sem alterações.

Efectuou angioTAC em ambulatório, um ano após a cirurgia, que não revelou alterações vasculares arteriais aneurismáticas ou áreas de estenose, nomeadamente ao nível da artéria aorta abdominal até à sua bifurcação, ramos do tronco celíaco, artéria mesentérica superior e inferior e suas ramificações periféricas. Não foram encontradas áreas de isquémia ou estenose ao nível do tubo digestivo.

DISCUSSÃO

Os aneurismas viscerais são uma entidade rara, com uma prevalência inferior a 1%.² As artérias envolvidas com maior frequência são a artéria esplénica, em 60% dos casos, e a artéria hepática, em 20% dos casos.³ Os aneurismas da artéria pancreaticoduodenal, ocorrem em cerca de

2% dos aneurismas viscerais.⁴

Entre 20 a 70% dos aneurismas viscerais são diagnosticados aquando da rotura. Cerca de 64% dos aneurismas da artéria pancreaticoduodenal manifestam-se com rotura.⁴ Em situações emergentes, a técnica mais utilizada é a laqueação da artéria, dada a dificuldade técnica da reconstrução vascular e o baixo risco de isquémia visceral.³

Independentemente da técnica utilizada, o prognóstico depende da localização do aneurisma, da patologia associada e da apresentação clínica.³ Na presença de rotura, acompanhada de instabilidade hemodinâmica, a mortalidade é superior a 50%.^{3,5}

Sendo os aneurismas das artérias viscerais pouco frequentes, o aparecimento concomitante de rotura de aneurisma intracraniano e visceral torna-se uma ocorrência extremamente rara, havendo até à data três casos documentados desta associação.¹ O primeiro caso, descrito em 1992, relata a rotura de aneurisma da artéria hepática após ressecção de um aneurisma da artéria carótida externa; o segundo caso, de 1996, relata a rotura de três aneurismas viscerais (artéria gástrica direita, artéria gástrica esquerda e artéria gastropiloica) após rotura de um aneurisma intracraniano; o último caso, de 2012, relata a rotura de um aneurisma intracraniano a que se seguiu rotura de um aneurisma da artéria hepática.

CONCLUSÃO

A associação entre rotura de aneurisma intracraniano com a rotura de aneurisma visceral representa um desafio

do ponto de vista diagnóstico, acção interdisciplinar e terapêutico.

Na presença de choque hemorrágico a abordagem de rotura de aneurisma visceral preconizada é cirúrgica. O acesso por laparotomia não permite, na maior parte dos casos, a detecção do foco hemorrágico, havendo necessidade de proceder à clampagem da artéria Aorta. Este procedimento provoca um aumento da pressão arterial, levando a um agravamento da hemorragia por rotura de aneurisma intracraniano. Por outro lado, a clampagem da artéria Aorta nem sempre é facilmente exequível, pelo que o risco de morte intraoperatória por hemorragia não é desprezível.

Apresentamos este caso para salientar a importância da detecção imageológica do foco hemorrágico intra-abdominal. Só o diagnóstico imageológico exacto permite a abordagem cirúrgica dirigida, evitando o agravamento do quadro clínico.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem a colaboração de Alexandre Carrilho e de João Reis na redacção do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Stetler JR WR, Pandey AS, Mashour GA. Intracranial aneurysm with concomitant rupture of an undiagnosed visceral artery aneurysm. *Neurocritical Care*. 2012;16:154-7
2. Esteban-Garcia C, Pérez-Ramirez P, Martorell-Lossius A, Lisbona-Sabater C, Lerma-Roig R, Callejas-Pérez JM. Aneurismas de las arterias viscerales. *Cir Esp*. 2005;78: 246-50.
3. Sessa C, Tinelli G, Porcu A, Aubert A, Thony F, Magne JL. Treatment of visceral artery aneurysms: description of a retrospective series of 42 aneurysms in 34 patients. *Ann Vascular Surg*. 2004;18:695-703.
4. Perrot M, Berney T, Deléaval J, Buhler L, Mentha G, Morel P. Management of true aneurysms of the pancreaticoduodenal arteries. *Ann Surg*. 1999; 229:416-20.
5. Golarz SR, Hohmann S. Obstruction on the celiac axis resulting in a pancreaticoduodenal artery aneurysm. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2009;22:330-1.